

10013

Ammefremmende sykepleie for premature

("FAGARTIKKEL")

HSYK 3003

Kull 2019

2. juni 2022

Kandidatnummer: 10013

Antall ord: 4842

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2022

10013

Ammefremmende sykepleie for prematurre

("FAGARTIKKEL")

HSYK 3003

Kull 2019

2. juni 2022

Kandidatnummer: 10013

Antall ord: 4842

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon: Amming av premature frembringer helsemessige fordeler som bidrar til modning og utvikling av deres underutviklede fysiologi. Likevel er det få premature som ammes. Premature som er innlagt på sykehus må gjennom vitale prosedyrer og undersøkelser som medfører ubehag, stress, og hindrer amming. Sykepleiere har en unik posisjon i ivaretagelsen av prematures ernæring og velbehag. Hensikten med denne studien er å undersøke og belyse de ammefremmende tiltakene sykepleiere gjør for premature på en nyfødt intensivavdeling. Oppgaven vil diskutere problemstillingen: Hvordan bidrar sykepleiere til ammefremming av premature?

Metode: Sammen med medstudent gjennomførte jeg fire kvalitative, individuelle, semistrukturerte intervjuer av sykepleiere som jobber ved en nyfødt intensivavdeling. Jeg analyserte og tolket de transkriberte notatene fra intervjuet ved bearbeiding, tematisering og kategorisering til tre hovedkategorier og seks underkategorier som utgjør resultatene.

Resultater: Resultatene viser hvordan våre informanter fortalte at de bidro til ammefremming av premature. Informantene vurderer kontinuerlig hvordan de kan la foreldrene ta mer ansvar og bli kjent med barnets sultsignaler slik at de kan forsøke amming. Mengde sondeernæring nedtrappes forsvarlig slik at barna blir motiverte til å ammes. Prematures dag planlegges og lydnivå tilpasses slik at barna får lengre hvileperioder, noe som resulterer i mer energi til ammeforsøkene. Smøkk brukes som beroligende tiltak under prosedyrer, men ikke under ammetrening da dette kan føre til sugeforvirring. Kengurumetoden brukes aktivt fordi den fremmer prematures velvære som gjør det enklere for barnet å bli ammet.

Konklusjon: Studien har vist hvordan sykepleiere bidrar til ammefremming av premature ved ernæringstilpasninger, miljøtilpasninger og hjelpemidler. Planlegging, ro og god kontakt mellom mor og barn er faktorer som fremkommer innunder disse hovedtemaene. Funnene begrenser seg til selvrappporterende intervjuer av fire sykepleiere. Helhetlig sykepleie bør ta flere forhold under betraktning enn denne studiens funn for å oppnå vellykket amming av premature.

Nøkkelord: sykepleie, premature, amming.

Abstract

Introduction: Breastfeeding of premature infants entails health benefits that contribute to development of their underdeveloped physiology. Nevertheless, few premature infants are successfully breastfed. The purpose of this thesis is to investigate and shed light on the breastfeeding-promoting measures nurses do for premature infants in a newborn intensive care unit. The thesis will discuss the thesis statement: How do nurses contribute to the promotion of breastfeeding premature babies?

Method: Together with a fellow student, I conducted qualitative interviews of four nurses. I analyzed and interpreted the transcribed notes from the interviews and categorized this into three main categories and six subcategories that make up the results.

Results: The results show how our informants said they contributed to the promotion of premature breastfeeding. They are continuously evaluating how they can withdraw and let the parents become more familiar with the premature's hunger signals so that they can try breastfeeding. The amount of tube feeding is reduced so that the children are motivated to breastfeed. The premature's day is planned and the sound level is adjusted so that the babies have longer rest periods, which results in more energy for the breastfeeding attempts. Pacifiers are used as sedatives during procedures. The kangaroo method is actively used because it promotes the well-being of premature babies which makes it easier for the baby to be breastfed.

Conclusion: The study has shown how nutritional adaptation, environmental adaptation and aids are used by nurses who contribute to breastfeeding promotion of premature babies. Planning, calm surroundings, and closeness between mother and child are important factors that emerge within these main themes. Comprehensive nursing must take more factors into account than the findings of this study to achieve successful breastfeeding of premature infants.

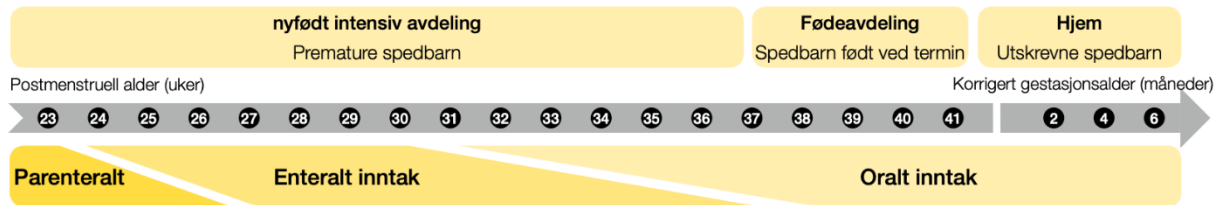
Keywords: nursing, premature, breastfeeding.

Introduksjon

I 2020 ble omtrent 6 % av nyfødte barn i Norge født prematurt (1). Premature er barn som blir født før 37 uker av svangerskapet er fullført (2). Ernæringsmessig er morsmelk den beste ernæringen premature kan få med innhold av alle de næringsstoffene, unntatt D-vitamin, en nyfødt trenger for å vokse og utvikle seg (3,4). Det er enighet over verden at amming er det beste for premature (5). Når premature ammes direkte oppnås langt flere fordeler. Amming av premature bidrar til beskyttelse mot infeksjoner, regulerer og forsterker de fysiologiske systemene og legger til rette for økt tilknytning mellom mor og barn (6). I tillegg gjør amming at premature barn gråter mindre, de puster mer regelmessig, går opp i vekt på kortere tid, utskrives fra sykehuset tidligere, og de har jevnere blodsukker (3,7,8). En studie fra 1993 og en studie fra 2000 viser at premature som ammes fremfor å få utpumpet melk oppnår bedre temperaturregulering og saturasjonsnivå, og har lavere forekomst av bradykardier og apneer (9,10). Dessverre er det få premature som blir ammet vellykket ved utskrivelse fra sykehus (7). Det er færre premature som ammes enn fullbårne (11,12). Når premature er 6 måneder er det kun 29 % som delvis ammes eller fullammes, sammenlignet med fullbårne der hele 80 % delvis ammes eller fullammes (12).

Nedenfor viser figur 1. prematures typiske ernæringsutvikling. Når man snakker om alderen til premature bruker man gestasjonsalder, GA, som er barnets alder oppgitt i uker fra den første dagen i kvinnens siste menstruasjonssyklus og frem til den nåværende datoen (13). GA kan også kalles for svangerskapsalder eller postmenstruell alder, slik figur 1. bruker (14). Premature som er yngre enn uke 25-26 GA får ofte intravenøs ernæring, altså parenteralt, som er ernæring til kroppen gjennom en blodåre og utenom tarmen (15). De får intravenøs ernæring fordi disse premature har et umodent tarmsystem som ikke tar opp næring fra melken (14). Etterhvert som premature utvikler seg og tarmen klarer å ta opp næring fra morsmelken, får de premature barna gjerne sondeernæring, som i figur 1. kalles enteralt inntak, altså via tarmsystemet (16). Sonde er et tynt plastrør som for eksempel legges gjennom nesen, eller munnen og føres direkte ned til magesekken (17). På denne måten kan sykepleiere eller mødre administrere ernæring, selv når barnet ikke klarer å spise med munnen på egenhånd. Selv om morsmelk blir gitt til premature via sonde, og ikke ved amming, er morsmelk gunstig for premature av mange grunner. Blant annet tilfører morsmelk en normal tarmflora til prematures sterile tarm. Dette beskytter mot oppvekst av sykdomsfremkallende bakterier. I tillegg oppmuntrer inntak av morsmelk prematures sugeevne (15). Premature har

ofte problemer med å koordinere suging og pusting på grunn av underutviklet neurologisk system før omtrent uke 34 GA (18). Dette er en av grunnene til at premature ikke får til å amme tidligere enn dette. Det er altså først når barna blir 32 – 34 uker GA at ammetreningen gjerne begynner (6).



Figur 1: Prematures typiske ernæringsutvikling mot oralt matinntak (6).

Premature barn har en mer underutviklet og umoden nevrologi og fysiologi som gjør dem mer skjøre og sensitive enn fullbårne barn, altså barn født etter uke 37. Ifølge NIDCAP, også kjent på engelsk som *Neonatal individualized developmental care and assessment program*, skal premature barns omgivelser være «mykere» og de skal i mindre grad utsettes for stress ved å blant annet redusere støynivå, redusere forstyrrende berøring og gi barna lengre hvileperioder (19,20). Folkehelseinstituttet, FHI, har utarbeidet en oversiktsartikkel som viser at utviklingstilpasset omsorg, slik som NIDCAP, ga færre dager med sondeernæring, mindre behov for respirasjonsstøtte og kortere sykehusopphold (19). Premature barn må likevel gjennom ubehagelige og belastende prosedyrer i forbindelse med undersøkelser og behandling på sykehus. Konsekvensene av dette medfører uro og stress, og dette påvirker prematures evne til å utvikle seg. Premature barn må bruke mye energi på å komme seg igjen etter stressende, energikrevende opplevelser og de har liten kraft til å forsøke å amme. Sykepleiere er i en unik situasjon der de kan ivareta og fremme amming av premature som er innlagt på sykehus. Det er sykepleierne som tilrettelegger omgivelsene til barnet, igangsetter ulike tiltak og bruker av sin kunnskap og erfaring for at barnet skal få så god modningsprosess og utvikling som mulig.

Avgrensning

For at oppgaven skal tilpasses størrelsen på en bacheloroppgave, har jeg valgt å avgrense oppgaven til den fasen der premature har pågående sondeernæring og de skal etablere amming, uavhengig når barnet ble født eller hvor mye barnet veier. Grunnen til at jeg har valgt denne avgrensningen er fordi barna som er yngre enn dette, ikke har mulighet til å bli

ammem. Pasientsituasjonen jeg tar utgangspunkt i forutsetter at mor ønsker å amme barnet sitt og har mulighet til å amme. Ammeveiledning har jeg også valgt å ekskludere fra oppgaven grunnet samarbeid med en medstudent som har valgt dette temaet.

Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan sykepleierne vi har intervjuet arbeider ammefremmende med premature og om praksisen deres stemmer med hva forskning og litteratur anbefaler som mest hensiktsmessig. Med utgangspunkt i det som er beskrevet tidligere har jeg valgt å formulere problemstillingen for oppgaven slik:

Hvordan bidrar sykepleiere til ammeffremming av premature?

Metode

Min medstudent og jeg har gjennomført fire kvalitative intervjuer av sykepleiere som arbeider ved en nyfødt intensiv avdeling ved et av Norges største sykehus, for å innhente data om deres innsikt, erfaringer og kunnskap. Vi diskuterte med avdelingsleder tidlig i prosessen hva som kunne være aktuelle tema for oss. Avdelingslederen fortalte at sykepleierne synes ammeveiledning og ernæring til premature var utfordrende. Personlig synes jeg det er spennende med sykepleie til små barn fordi tilsynelatende uviktige ting kan bety mye for dem. Sykepleiere må ta hensyn til små faktorer som kan ha større betydning på helhetssituasjonen til et lite barn enn man tror. Etter samtalen med avdelingsleder bestemte jeg meg for å skrive om amming og premature, mens min medstudent valgte å fokusere på mødrene og ammeveiledning.

Rekruttering av informanter

Det var avdelingsleder som rekrutterte sykepleierne vi fikk intervjuer etter våre inklusjonskriterier. Våre inklusjonskriterier for informantene var at de måtte være sykepleiere, og arbeide med premature ved nyfødt intensivavdelingen vi samarbeidet med. Vi ønsket to sykepleiere med lengre erfaring og to sykepleiere med kortere erfaring for å representere bredden i erfaring blant sykepleierne på avdelingen. Informantene våre er alle kvinner som jobbet på den samme avdelingen, og de var mellom 25 og 47 år. Det jobbet ingen menn på avdelingen. De to yngste informantene har mindre enn 5 års erfaring, og de to eldste har over 10 års erfaring. Avdelingslederen tilrettela slik at vi skulle få tiden vi trengte fra sykepleierne

og rom på avdelingen til å gjennomføre intervjuene på. Dette gjorde at det var enkelt for informantene å stille opp.

Datainnsamling

Min medstudent og jeg utarbeidet en intervjuguide som vi brukte semistrukturert under de fire intervjuene (se vedlegg 1). Dette forsikret oss om at informantene fikk de samme spørsmålene samtidig som vi kunne stille oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden ble godkjent av både veileder og avdelingsleder på forhånd. Jeg og min medstudent fordelte oss slik at den ene stilte spørsmålene og den andre noterte ned det informantene svarte. På denne måten hadde vi mulighet til å holde øyekontakt med informanten og holde samtalen mest mulig naturlig, samtidig som vi fikk notert mest mulig. Intervjuene varte i omtrent 40 minutter.

Forskningsetiske betraktninger

Jeg og min medstudent utarbeidet et informasjonsskriv og samtykkeskjema som vi gikk grundig gjennom med informantene i forkant av intervjuet (se vedlegg 2, vedlegg 3). Deretter signerte de på samtykkeerklæringen (vedlegg 3) og med det var innforstått med punktene som blant annet studiens hensikt, hvordan intervjuene ville foregå, om frivillig deltakelse og anonymitet. De fikk med seg informasjonsskrivet med kontaktinformasjonen vår dersom de skulle ha spørsmål eller trekke seg fra studien innen fristen (vedlegg 2). Vi har ivaretatt informantenes anonymitet ved å utelukke private, sensitive eller personidentifiserende data. Jeg har også valgt å ikke skille mellom informantene gjennom oppgaven slik at det er vanskeligere å spore enkeltsitater tilbake til informantene. Opplysningene kan altså ikke knyttes til en identifiserbar fysisk enkeltperson, noe som stemmer med helsedirektoratets definisjon på anonyme opplysninger (21).

Analyse

Like etter intervjuet transkriberte jeg intervjunotatene ord-for-ord mens jeg fortsatt hadde samtalen friskt i minnet (22). Jeg leste gjennom notatene fra alle informantene flere ganger for å danne meg et helhetsinntrykk av informantenes hovedpoeng til hvert spørsmål, noe Dalland viser til som et sentralt grunnlag for analyse og tolkning av samtalen (22). Deretter samlet jeg representative og forklarende sitater fra informantene som jeg kunne inkludere i oppgaven for å gi eksempler på direkte sitater. På denne måten bearbeidet jeg all dataen før jeg tematiserte

hovedpoengene i kategorier, noe som er anbefalt fremgangsmåte for analyse og tolkning av kvalitative intervju (22).

Resultater

Analysen fra våre nedskrevne notater er sammenfattet og tematisert i tre hovedkategorier med tilhørende 3 – 4 underkategorier (tabell 1).

Ernæringstilpasninger	Miljøtilpasninger	Hjelpemidler
Individuell tilpasning	Lyd	Smokk
Mett og søvnig	Planlegging	Kenguru

Tabell 1: Viser tre hovedkategorier og seks underkategorier

Individuell tilpasning

Informantene fortalte at de arbeider med prematures ernæring etter barnets behov og hvor barnet er i utvikling. I begynnelsen er det sykepleierne som passer på de premature barna og etter hvert som barna vokser trekker sykepleierne seg mer og mer ut av rommet og lar foreldrene få mer ansvar for å passe på barnet sitt. På denne måten lærer foreldrene sitt eget barn å kjenne og gradvis ta ansvar for barnets ernæring.

Jo eldre barna blir, jo bedre ser du tegnene og da får foreldrene mer ansvar og jeg trekker jeg meg mer ut av rommet. Fokus mye på at barnet skal få ligge ute for at foreldrene også får oppleve signalene til barnet.

Sitat fra en av informantene våre

Mett og søvnig

Informantene fortalte at det var utfordrende å gi barna store nok mengder mat slik at de gikk tilstrekkelig opp i vekt, samtidig som de ikke ville gi så mye at de ble søvnige og slappe. Da ble det vanskelig å se sultsignaler eller forsøke å amme.

Barna blir mette av ventrikkelsonden og er ikke interessert i å amme. Mengden mat er som en stor ribbemiddag for oss. De blir helt utslått og sover derfor mye.

Sitat fra en av informantene våre.

Hvis de har en fin vektkurve så prøver vi å gå ned litt på maten i sonden slik at de våkner til selv. Det kan fungere.

Sitat fra en av informantene

Lyd

Når det gjelder lyd var informantene tydelige i sin holdning om at lydnivået skulle være lavt på avdelingen. Det de gjorde for å holde lydnivået nede var å snakke rolig, og sørge for at utstyr på uniformen ikke lagde støy.

Mest mulig fred og ro. Vi snakker rolig, har en hånd på alt på uniformen som henger og dingler og lager lyd, som klokke og kort, spesielt når vi henger over kuvøsen.

Sitat fra en av informantene

Jo mindre det er (det premature barnet), jo mer ro og hvile. Det handler om å følge barnets utvikling. Hjernen er ikke ferdigutviklet så barnet trenger mye ro.

Sitat fra en annen av informantene

Da vi spurte informantene om de hørte på musikk, svarte de at de ikke har brukt det med noen på avdelingen tidligere.

Vi bruker ikke musikk på avdelingen.

Det er ingen som hører på musikk når man skal amme, de fleste ønsker stillet.

Sitat fra en av informantene

Planlegging

Informantene våre sa at det var viktig å planlegge dagen til barnet. De ønsket å unngå at barnet ble forstyrret mange ganger i løpet av dagen. For at oppgaver og prosedyrer skulle bli gjort samtidig, sa informantene at samarbeid med andre instanser var avgjørende.

Jeg synes det er viktig å planlegge dagen slik at barnet får mest mulig ro. Vi prøver å samle oppgavene og gjøre alt samtidig, slik at barnet får en større periode med hvile. Jeg føler vi har et godt samarbeid med legene og de hører på oss. Som regel kan vi planlegge når undersøkelser passer best for babyen. Legen er samarbeidsvillig og kan komme litt senere om vi akkurat holdt på med ungen. Om det ikke er akutt, selvfølgelig.

Sitat fra en av informantene

Når jeg kommer på vakt og gjør unna småtteri for at barnet skal ha det greit og barnet er veldig våkent og klart, også gir jeg mat og barnet klarer seg fint. Så kommer det legevisitt, og vi må åpne kuvøsen og ta på barnet, kanskje blodprøver må tas, også skal foreldrene ta et stell på barnet neste gang det er åpent og de bruker litt lengre tid (...) så blir det sånne faktorer som forstyrrer barnet og til slutt blir barnet veldig slitent og da detter pulsen og de får metningsfall og blir mer oksygenkrevende. I stedet for at man kunne samlet opp alt og gjort det samtidig. Barnet bruker da resten av dagen og natten på å hente seg inn.

Sitat fra en av informantene

Smokk

Informantene hadde en holdning til smokk som var at den smertelindrende og beroligende effekten en smokk gav en prematur, trumfet den medfølgende risikoen for å utvikle såkalt sugeforvirring. Sugeforvirring er et begrep som brukes om nyfødtes vansker med å oppnå korrekt oral funksjon, laktasjonsteknikk og sugemønster som er nødvendig for å oppnå vellykket amming etter bruk av flaske til mating eller annen kunstig brystvorte (23).

Informantene visste at det er ulike praksis andre steder og at smokk er omdiskutert.

Informantene var likevel enige på avdelingen om å la premature barn få smokk.

Vi bruker smokk fordi barna trenger smertelindring og trøst. Vi tenker på at barnet skal få roa seg, det er det viktigste og det som kommer først. Smokk kan være med på å redusere ammeprosessen, men den beroligende effekten trumfer dette.

Sitat fra en av informantene

Det er mange ulike meninger om dette. Andre avdelinger anbefaler ikke smokk før 4 uker etter fødsel. Her synes vi det er litt kantete og kjedelig. Om foreldrene vil så må barna få lov til å bruke smokk og her bruker vi det som trøst og smertelindring.

Kengurumetoden

Informantene fortalte at de brukte kengurumetoden aktivt for premature på grunn av de helsemessige og ammefremmende fordelene ved metoden.

Kenguru er den beste medisinen vi har og fungerer som et tilknytningsverktøy mellom mor og barn. Kenguru gjør at premature puster bedre, fordøyer maten bedre og bedrer melkeproduksjonen, stabiliserer temperaturen til barnet og hjelper mot infeksjoner. Via kengurumetoden får premature lukte mor og får kos og nærhet. Mor lærer barnet å kjenne, lettere å se etter tegn, eller lærer at barnet smatter.

Sitat fra en av informantene

Diskusjon

Diskusjonen vil ta for seg hva informantene gjør som bidrar til ammefremming av premature og undersøke hva litteratur sier er ammefremmende. Jeg vil bruke den tematiserte inndelingen med de seks underkategoriene for å strukturere diskusjonen.

Individuell tilpasning

Informantene våre forteller at deres rolle som sykepleiere knyttet til prematures ernæring er å administrere og tilrettelegge mengde etter barnets behov. Ifølge NIDCAP-modellen skal sykepleiere respektere og tilpasse seg hvert barns og families individuelle situasjon (24).

Informantene fortalte at deres rolle som sykepleiere ble mindre og mindre etter hvert som det premature barnet vokser og foreldrene skulle ta over ansvaret for sitt barn. På denne måten kunne overgangen fra sykehuset og hjem bli mer trygg og håndterlig for foreldrene.

Informantene våre sa at de måtte tilpasse seg hvert barns behov og familie. Noen familier var klare for å ta ansvaret for sitt barn tidlig, mens andre var mer usikre. Informantene fortalte at enkelte foreldre er svært redde for å gjøre noe feil og skade sitt lille premature barn, og ville helst at sykepleierne skulle det meste, som for eksempel bleieskift. Når sykepleierne på denne måten ser an familiesituasjonen og tilpasser sin rolle, sørger de for at barnets behov blir

dekket. Samtidig bidrar sykepleierne til at foreldrene blir tryggere på barnet sitt og mor lærer barnets sultsignaler å kjenne.

Mett og søvnig

Informantene sa at de kunne gi mindre mengder mat, innenfor forsvarlige grenser, for at barnet skulle lære seg å kjenne på sult og signalisere dette til mor. På denne måten kan mor lære barnets sultsignaler å kjenne og forsøke å amme barnet sitt. Nedtrappingen av sondeernæring for å få frem sultsignaler hos premature vil skje etter at barnet klarer å regulere sult og metthetsfølelse på egenhånd, som oftest ikke skjer før uke 37 – 38 GA (8). De fortalte også at de synes det var utfordrende å holde igjen på mengden mat til premature fordi de er så avhengig av å få nok mat for å vokse tilstrekkelig. Samtidig som et langsiktig mål er å få dem til å lære seg å spise på egenhånd. Den mengden mat premature har behov, er så stor at de blir søvnige og derfor ikke orker å ammes. Sykepleierne må derfor prøve å gi så lite mat som mulig, innenfor det som er forsvarlig for hvert enkelt barn. En artikkel skrevet om nyfødte skriver at når barn opplever sultfølelse så kan det motivere til å spise med munnen (17). Informantene sa at det som var forsvarlig som minste mengde mat til barna varierer individuelt og man ser dette på historikken deres. Hadde barnet en fin vekstkurve kunne de tåle å få litt mindre mat, mens hvis barnet var urolig og hadde en mindre stabil vekstkurve, var ikke dette forsvarlig. Dette viser hvordan sykepleiere tilpasser seg hvert enkelt barns behov når det gjelder å trappe ned på sondeernæring og at de bruker historikk for å vurdere hvilke tiltak som er mest gunstig og skal iverksettes for hvert enkelt barn.

Lyd

Våre informanter sa at det var viktig med ro på avdelingen. Premature er svært lydsensitive fordi de er vant til dempede lyder fra innsiden av magen til mor. Når barn fødes prematurt, er ikke hjernen utviklet nok til å tåle støy og skarpe lyder (25). Lyder som ikke er så høye for oss, kan oppleves som voldsomme og skremmende for premature. Dette kan føre til en fysiologisk stressrespons som gjør at premature blant annet ikke får dype hvileperioder som er viktig for prematures utvikling (19,25). Uten denne roen hindres de også i å utvikle evner som er essensielle for å bli ammet (25). Likevel blir premature utsatt for flere stressutløsende lyder på nyfødt intensivavdelinger. Eksempler på dette er lyd fra respiratormaskiner, sug, telefoner, alarmer, rennende vann, dører som lukkes og mye jevn prating (25). Sykepleiere på nyfødt intensivavdelinger bør tilstrebe et lavt lydnivå og iverksette konkrete tiltak som reduserer

støy. En av informantene sa at de snakker rolig og har en hånd på utstyr festet på uniformen når de henger over kuvøsen. Informantene viste at de var bevisste på lydnivået og at de evner å sette seg inn i hvordan støy kan bidra til irritasjon og være forstyrrende i omgivelsene til barnet. Kanskje de ikke bør ha dinglende utstyr på uniformen som kan lage høy lyd, i tillegg til en tikkende klokke og kanskje en telefon som ringer? Sykepleierne lener seg ofte over kuvøsen, noe som kan virke voldsomt for de små barna.

Forskning viser at vuggesang og barnemusikk kan brukes for å fremme prematures inntak av morsmelk (26). Informantene våre sa at de ikke brukte å høre på musikk på avdelingen og at mødre som ammet ønsket stillhet. Internasjonale studier viser at musikk fører til gunstige helsemessige effekter for prematures stressadferd, inntak av morsmelk, og vekt (26), i tillegg til stabiliserende pustemønster og puls (19). En studie viser at premature som hører på musikk som vuggesang under blodprøvetaking kommer seg raskere tilbake til normal puls, redusert oksygenbehov og kom seg raskere tilbake til normalt ansiktsuttrykk (27). Det kan være avdelingen har gode grunner til å ikke bruke musikk under amming, for eksempel ønsker ikke mødrene det og da er det respektfullt av sykepleiere å støtte det. Likevel har sykepleiere et ansvar om å gi informasjon om de helsefremmende effektene for premature av ulike tiltak. Sykepleierne bør altså se an situasjonen og tilby musikk dersom det passer ettersom forskning viser så tydelig ammefremmende effekter.

Planlegging

Ifølge NIDCAP-modellen og tiltakene FHI har oppsummerer i sin artikkel, er lengre hvileperioder viktig for prematures vekst og utvikling (19,20). Måten sykepleierne kan bidra med å tilrettelegge for lengre hvileperioder er ved å planlegge dagen til barnet. Informantene våre sa at de planla å gjøre prosedyrer og oppgaver som virker forstyrrende for barnet samtidig. For eksempel hvis de først måtte åpne kuvøsen og ta på barnet for å justere på utstyr, så kunne de planlegge å skifte bleien samtidig og bytte posisjon for saturasjonsmåleren. Når premature er innlagt ved sykehus blir de hyppig forstyrret av diverse undersøkelser og prosedyrer, av både sykepleiere, leger og andre instanser. Slikt bidrar til stressrespons hos barnet og minsker sjansen for at barnet klarer å roe seg ned igjen før neste forstyrrelse skjer. På den ene siden er disse undersøkelsene svært stressfremkallende for premature og hindrer vekt og modning på lang sikt, men det er en del av den livreddende behandlingen som barnet er avhengig av. Forstyrrelser kan for eksempel være blodprøver,

røntgen, støy, sterkt lys, temperaturskifte eller andre ting i miljøet rundt barnet. Informantene våre sa at de opplevde at de kunne si ifra til andre instanser og at for eksempel leger tilpasset seg barnets behov for hvile når sykepleierne sa ifra til dem. Samarbeid og kommunikasjon med andre instanser var viktig for at barnet skulle få optimale hvileperioder. Det kreves av sykepleierne at de er bevisst på hvilke elementer i hverdagen til premature som er forstyrrende, i hvor stor grad de oppnår stressrespons og hvilke prosedyrer de kan gjøre samtidig for å bidra til lengre hvileperioder. Når sykepleiere planlegger barnets forstyrrende omgivelser, bidrar dette til lengre hvileperioder og dermed bruke energi på å forsøke å amme fremfor å komme seg etter stressfremmende omgivelser.

Smokk

Informantene våre sa at de bruker smokk på avdelingen fordi den smertelindrende og beroligende effekten smokken gir premature trumfer smokkbrukens negative effekt på ammeprosessen. Måter smokkbruk kan hindre ammeprosessen på er ved at sykepleiere og foreldre kan gå glipp av sultsignaler fra barnet og fordi det for barnet krever mindre energi, vakuum og munn for å sutte på en smokk enn et bryst (28). Det er mange etablerte retningslinjer som anbefaler mødre å ikke gi barna sine smokk. Deriblant Verdens helseorganisasjon og Unicef sin ti trinns-modell som skal føre til vellykket amming (29). Modellen anbefaler å ikke bruke smokk (29), og helsepersonell blir rådet til å «veilede mødre om mulige ulemper og risiko ved bruk av smokk» (29). Det er gjort flere studier på om smokk fører til nedsatt amming, og resultatene er svært tvetydig blant fagmiljøet. Noen studier viser sammenheng mellom smokk, sugeforvirring, og nedsatt amming, mens andre studier ikke finner sammenhengen (30–32). En studie jeg vil trekke frem viser at smokk kan føre til tidligere oral mating av premature, helt ned til uke 34 GA (33). Informantene var bevisste på at forskning spriker. De var mest opptatt av smokkbruk som smertelindring og trøst under ubehagelige prosedyrer. De bruker ikke smokk under spisetrenings-fasen. Sykepleiere bør likevel være bevisste på at smokkbruk for premature før ammetrening kan hindre vellykket amming. Kan det finnes andre beroligende tiltak som kan erstatte smokken slik at de kan unngå risikoen for at barnet skal utvikle sugeforvirring?

Kengurumetoden

Kengurumetoden innebærer for premature barn at de legges hud-til-hud på mors bryst i stedet for å ligge i egen seng (19). Kengurumetoden fremmer amming ved å forenkle og styrke

kommunikasjon og båndet mellom mor og barn, i tillegg til flere funn som viser prematures fysiologiske effekter (19,34,35). Kengurumetoden inviterer barnet til tidlig kontakt med brystet og dermed øker muligheten for vellykket amming (34). Informantene fortalte at de brukte kengurumetoden som et tilknytningsverktøy mellom mor og barn. De sa også at mange av prosedyrene de skulle gjøre på barna, om det var bleieskift eller blodprøvetaking kunne gjøres mens barnet lå i kenguru. En studie viser at kengurumetoden kan fremskyve amming av premature med 4 uker sammenlignet med en kontrollgruppe som ikke utførte kengurumetoden (34). FHI viser til en studie der kengurumetoden fremmet prematures temperaturregulering, de fikk redusert hjertefrekvens, pustefrekvens og oksygenmetning, og økt foreldretilknytning (36), og at kenguru hadde en direkte effekt for ernæringstilstanden til barnet (19). Til sammenligning viser forskning at separasjon mellom mor og barn fører til blant annet nedsatt amming (34). Kenguru fremmer altså amming tidlig. Dette er i stor grad grunnet de fysiologiske endringene hos premature og at tilgjengeligheten mellom brystet og barnet øker. Sykepleierne kan bidra til at kengurumetoden brukes ved å tilrettelegge og planlegge for det. Ifølge våre informanter varierer det fra familie til familie hvem og hvor ofte de ønsker selv å sitte med barnet i kenguru. Samtidig skal sykepleiere informere om de helsemessige fordelene kenguru kan gi for premature og for mor. Kanskje det å gi informasjon til prematures foreldre om fordelene ved kenguru kan bidra til at flere velger å prioritere kenguru, oftere og lengre.

Styrker og svakheter

Studiens styrker er at den tar for seg kvalitative intervjuer som gir dybdekunnskap fra sykepleiere selv, samtidig som studien trekker frem forskningsartikler, nasjonale anbefalinger og retningslinjer. Informantene hadde ulik erfaring og aldersspredning. Dette betyr at de fire sykepleierne som vi har intervjuet, altså utvalget vårt, representerer alle sykepleierne som jobber på avdelingen, populasjonen, når det gjelder år med erfaring.

En svakhet ved denne studien er at vi ikke har observert sykepleierne i arbeid da vi ikke fikk lov av avdelingslederen grunnet risiko for smitte av covid-19-viruset. Vi har kun intervjuet sykepleierne muntlig. Dersom vi hadde observert sykepleierne i arbeid ville det ha gitt resultatene større troverdighet. Dette svekker resultatenes pålitelighet da jeg ikke kan forsikre meg om at sykepleiernes selvrapporing samsvarer med hvordan de faktisk arbeider. Mennesker har generelt en tendens til å fremstille seg selv på en ønskelig måte, noe

sosialpsykologene Crowne og Marlowe kaller for svarskeivhet om sosial ønskelighet (37). Det kan være informantene våre ubevisst følte at de burde svare godt for seg når det gjelder deres egen yrkesutøvelse. I tillegg kan vår intervjuguide ha virket førende for hva informantene svarte.

En annen svakhet ved denne studien er at det var avdelingslederen som rekrutterte informantene og informantene var dermed ikke nødvendigvis tilfeldig utvalgte og representerer sykepleierne på avdelingen. Det kan være avdelingslederen valgte noen hun tenkte kunne være gode informanter til vår studie og fortelle oss av deres kunnskap. Dette svekker altså våre fire informanter som et representativt utvalg for resten av avdelingen som populasjon. Samtidig var det en fordel å be avdelingsleder spørre etter kandidater for oss fordi sykepleiere kunne være preget av et ønske om å vise for lederen sin at de er engasjerte sykepleiere og dermed sier lettere ja til å være med på studien.

Implikasjoner og videre studier

Mine resultater baserer seg på kvalitative intervjuer av sykepleiere og hva informantene vektla under våre intervju. Hovedfunnene knyttet til ernæringstilpasninger, miljøtilpasninger og hjelpemidler kan overføres til anbefalinger for praksis da de bidrar til hvordan god sykepleie kan se ut. Samtidig gjør sykepleiere flere oppgaver og har flere tanker knyttet til sykepleieutøvelsen enn hva jeg har fått plass til å kartlegge og diskutere. Det bør i senere studier inkluderes flere amme fremmende tiltak enn ovenfornevnte. I tillegg bør observasjonsstudier og kvantitative studier gjennomføres for å få faktiske tall på hyppigheten og hvilken effekt de ulike tiltakene har for at premature skal bli ammet. Våre fire informanter er ikke nødvendigvis representativt for avdelingen som populasjon på 120 sykepleiere når vi ønsker å undersøke adferd og effekt av sykepleierarbeidet deres. Videre studier bør inkludere flere informanter for at resultatene skal få større troverdighet.

Gjennom oppgaven har jeg brukt noen utdaterte kilder, det vil si over 10 år gamle. Dette er fordi en del av nyfødtdisiplin ikke har forandret seg og jeg har ønsket å bruke originalkildene til de ulike forskningsartiklene. Det kan også finnes nyere forskning innenfor mine diskuterte temaer som jeg ikke har hatt kapasitet til å utforske og sette opp mot mine hovedfunn fra informantene.

Konklusjon

Hensikten med studien har vært å undersøke hvordan sykepleiere bidrar til amme fremming av premature. Resultatene viser hvordan sykepleierne vi har intervjuet beskriver hvordan de tilpasser ernæring og miljø samt bruker hjelpemidler for å oppnå dette.

Informantene forteller at de planlegger dagen til de premature barna slik at de får lengre hvileperioder og dermed har mer energi til amming. Informantene var opptatte av at lydnivået skulle holdes dempet for å hindre stress hos de premature barna. De fortalte at avdelingen ikke brukte musikk under amming, noe de kanskje bør innføre da det kan virke beroligende og amme fremmende. Smokk blir ifølge informantene brukt på avdelingen for å berolige de premature, men om dette er et hjelpemiddel som sykepleiere bør bruke, kan diskuteres videre ettersom smokk kan virke å hindre amming. Informantene forteller også at kengurumetoden ofte blir brukt på grunn av de mange amme fremmende fordelene den har. Hvorvidt denne studiens funn som er selvrapporterende svar om sykepleieres egen praksis, stemmer overens med deres faktiske praksis, er ikke tatt høyde for i denne studien.

God, amme fremmende sykepleie for premature må sees fra et helhetlig perspektiv der både små og store faktorer er med på å påvirke hverandre og til sammen utgjør helhetsbildet til premature. Det er dette som gjør sykepleie så unikt og komplekst som fag. De tilsynelatende små tingene kan ha større betydning for helhetsbildet til pasienten enn vi tror, og for premature spesielt kan små ting bety en stor forskjell for deres utvikling.

Referanseliste

1. Markestad T. Klinisk pediatri. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
2. Preterm birth [Internett]. 2018 [sitert 31. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. Helsedirektoratet. Anbefalinger for morsmelk, morsmelkerstatning og introduksjon av mat [Internett]. Helsedirektoratet. 2021 [sitert 20. april 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spedbarnsernaering/anbefalinger-for-morsmelk-morsmelkerstatning-og-introduksjon-av-mat>
4. Schanler RJ. The Use of Human Milk for Premature Infants. *Pediatr Clin North Am.* 1. februar 2001;48(1):207–19.
5. Breastfeeding [Internett]. [sitert 20. april 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>
6. Forskningsrapport, Spiseutvikling hos premature spedbarn [Internett]. Medela; 2015. Tilgjengelig på: <https://www.medela.no/dam/medela-no/breastfeeding/breastfeeding-professional/documents/general/nicu/forskningsrapport-spiseutvikling-hos-premature-spedbarn.pdf?uuid=jcr:b8b7ec5e-fb81-4b15-8587-eab828989b79>
7. Nye C. Transitioning Premature Infants from Gavage to Breast. *Neonatal Netw.* januar 2008;27(1):7–13.
8. Amming av premature barn [Internett]. Ammehjelpen. 2010 [sitert 26. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://ammehjelpen.no/prematur/>
9. Riordan J, Auerbach KG, redaktører. *Breastfeeding and human lactation*. Boston: Jones and Bartlett; 1993. 695 s. (The Jones and Barlett series in nursing).
10. Chen CH, Wang TM, Chang HM, Chi CS. The effect of breast- and bottle-feeding on oxygen saturation and body temperature in preterm infants. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* februar 2000;16(1):21–7.
11. Gloppestad K. Hvorfor melkeproduksjonen tok slutt: — Mødre til premature barn forteller. *Nord J Nurs Res.* desember 2000;20(4):17–22.
12. Tandberg BS, Steinnes S. *Nyfødtsykepleie 1*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag; 2009.
13. Gestational age: MedlinePlus Medical Encyclopedia [Internett]. [sitert 31. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://medlineplus.gov/ency/article/002367.htm>
14. Markestad T. Å være foreldre til et for tidlig født barn. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
15. Saugstad OD. Når barnet er født for tidlig. Oslo: Spartacus forlag AS; 2009.

16. Grønseth R, Markestad T. *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
17. Fra ernæring gjennom sonde til spising.pdf [Internett]. [sitert 23. mars 2022]. Tilgjengelig på: <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-habilitering-av-barn-med-spise-og-erneringsvansker/Documents/Fra%20ern%C3%A6ring%20gjennom%20sonde%20til%20spising.pdf>
18. Delaney AL, Arvedson JC. Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. *Dev Disabil Res Rev*. 2008;14(2):105–17.
19. Reinart LM, Kornør H, Langengen IW, Markestad T. Tiltak for oppfølging av for tidlig fødte barn [Internett]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006 s. 34. Tilgjengelig på: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0607_premature_barn.pdf
20. NIDCAP [Internett]. NIDCAP. [sitert 16. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://nidcap.org/>
21. Viktige begreper [Internett]. Helsedirektoratet. [sitert 27. april 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kunstig-intelligens/regelverk/rundskriv-for-regelverket-for-utvikling-av-kunstig-intelligens/viktige-begreper>
22. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
23. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr*. juni 1995;126(6):S125-129.
24. Familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell – NIDCAP [Internett]. Helsebiblioteket.no. Helsebiblioteket.no; [sitert 14. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/familiesentrert-utviklingstilpasset-omsorgsmodell-nidcap>
25. Sykepleier HPSH og N trener NH og R for barn og unges psykiske helse RHK. Små barn - store lyder [Internett]. [sitert 26. april 2022]. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/sma-barn-store-lyder>
26. Caine J. The effects of music on the selected stress behaviors, weight, caloric and formula intake, and length of hospital stay of premature and low birth weight neonates in a newborn intensive care unit. *J Music Ther*. 1991;28(4):180–92.
27. Butt ML, Kisilevsky BS. Music modulates behaviour of premature infants following heel lance. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm*. mars 2000;31(4):17–39.

28. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 30. august 2016;(8):CD007202.
29. Helsedirektoratet. Ti trinn for vellykket amming [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 16. mai 2022]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/publ/plakat/ti-trinn-for-vellykket-aming/>
30. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* april 2009;163(4):378–82.
31. Carcavalli L, Martins CC, Rocha IA, Parlato EM, Serra-Negra JM. Preterm Birth, Pacifier use and Breastfeeding: is there a Relationship? *Braz Dent J.* august 2018;29:388–94.
32. Righard L, Alade MO. Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth Berkeley Calif.* juni 1997;24(2):116–20.
33. Yildiz A, Arikan D. The effects of giving pacifiers to premature infants and making them listen to lullabies on their transition period for total oral feeding and sucking success. *J Clin Nurs.* mars 2012;21(5–6):644–56.
34. Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D, Richards M. Skin to skin contact for very low birthweight infants and their mothers. *Arch Dis Child.* november 1988;63(11):1377–81.
35. Nyqvist KH. Given the benefits of Kangaroo mother care, why has its routine uptake been so slow? *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. april 2016;105(4):341–2.
36. Dodd VL. Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* april 2005;34(2):218–32.
37. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol.* 1960;24(4):349–54.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE:

Hoveddeler:	Spørsmålene:	Bemerkninger:
Introduksjon	Det gis informasjon om studien generelt og formålet med intervjuet spesielt.	
	Informere om anonymisering og at det ikke tas opptak av intervjuet, men at det noteres og at sitater kan bli brukt under bacheloroppgaven. Vi minner om at informanten kan trekke seg når som helst uten begrunnelse.	
Bakgrunnsinfo.	Alder	
	Yrke	
	Evt. videreutdanning	
	Arbeids erfaring med barn og nyfødte	
	Arbeids erfaring på avdelingen Nyfødt intensiv	
	Hvilke arbeidsoppgaver og ansvarsområder har du som sykepleier på Nyfødt intensiv knyttet til ernæring og amming?	
Før mor:		
<i>Utfordringer knyttet til ammeveiledning generelt</i>	Hvordan opplever du ammeveiledning generelt? (Interessant, utfordrende etc)	
<i>Utfordringer knyttet til ammeveiledning til mor</i>	Hvilke bekymringer har mødre med premature barn på avdelingen før de begynner med amming?	
	Fortell om en opplevelse der det var utfordrende å veilede mor til barnet i ammeveiledningen.	
	Hvilke faktorer gjorde situasjonen problematisk?	
<i>Hvordan ammeveilede mor, tiltak og løsninger på problemene</i>	Hva mener du er viktig under ammeveiledningen av mor?	
	Hva erfarer du at fungerer og hva fungerer ikke?	
	Hvilken informasjon gir dere til foreldrene (spesielt mammaen til babyen), som skal starte med ammeveiledning? (F.eks komplikasjoner, om forløpet)	
	I etterkant av fødsel av premature spedbarn kan mødre ofte oppleve stress, angst og tretthet som kan påvirke melkeproduksjonen. Kan du fortelle om hvordan dere arbeider for å redusere stress og angst hos moren?	
	Hvordan tilrettelegger dere for stimulering av melkeproduksjon hos mor? Hvilke rutiner eller tiltak har dere rundt dette?	
	Hvordan anvender dere og hvilken effekt har Kengurumetoden i ammeveiledningen, både for mor og barn?	
Pause		

For den premature:		
<i>Generelt om utfordringer</i>	Hvilke utfordringer er det hos den premature knyttet til ernæring og amming?	
<i>Amming så raskt som mulig?</i>	Tenker du at det er et mål å få premature til å starte med amming så raskt som mulig?	
	Hva gjør du som sykepleier for å få premature til å starte med amming så tidlig som mulig?	
<i>Sonde</i>	Kan du fortelle om hvordan overgangen fra sondeernæring til amming er?	
	Hvilke kriterier har dere for å seponere sonden?	
<i>Sult-signaler</i>	Hvilke sultsignaler ser du etter hos premature når du vurderer om de skal forsøke å ammes?	
	Hva er mest utfordrende for deg som sykepleier når du forsøker å tolke sultsignaler hos den premature?	
	Hvordan påvirker umodenheten sultsignalene til den premature? Sammenlignet med en fullbåren nyfødt.	
	Hvor mye varierer umodenheten hos de premature? Regulering av temp., uregelmessighet koordinering under amming, dierefleks og ytre stimuli.	
<i>Tilrettelegging av sultsignaler</i>	Hva gjør du som sykepleier for å tilrettelegge for at premature får uttrykt sine sultsignaler? (tryggende)	
	Hvordan tilrettelegges miljøet og hva gjør du som sykepleier for å fjerne elementer i miljøet, som lyd og lys, som hindrer barnet i å uttrykke sultsignaler?	
	Hva gjør du som sykepleier for å bedre prematures evne til sug-svelg-pust-koordinering?	
<i>Hjelpemidler</i>	Hvilke hjelpemidler bruker dere for å fremme dierefleksjonen hos den premature? (som smokk, musikkterapi, lukt av morsmelk mm.)	
	Hvordan fungerer hjelpemidlene dere benytter?	
<i>Sykepleierens opplevelse</i>	Hvordan oppleves det for deg som sykepleier å se fremgang hos den prematures vekst og ernæring?	
	Hvordan oppleves det for deg som sykepleier å møte på og stå i utfordrende situasjoner med prematurt barn?	
Avdelingens forbedringspotensial	Hva tror du hadde hjulpet sykepleierne under ammeveiledning? Som kunnskap, tiltak og praktiske løsninger på avdelingen.	
Avslutning	Er det noe mer du kan si om ernæring til nyfødte som du ikke har fått sagt gjennom intervjuet som du tenker kan være relevant for studiet vårt?	
	Er det noe annet knyttet til studiet vårt eller intervjuet som du lurer på?	

Vedlegg 2: Informasjonsskriv



Informasjonsskriv

Intervju av sykepleiere ved Nyfødt Intensiv om ernæringsveiledning

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et intervju tilknyttet ernæringsveiledning. Studiet gjøres i forbindelse med bacheloroppgave i sykepleie ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.

Hovedformål

Målet med bacheloroppgaven er å undersøke sykepleiernes opplevelse av problematikken og kartlegge de erfaringene og tiltak som fremmer vellykket ernæringsveiledning.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi vil gjennomføre individuelle kvalitative intervjuer av 3 – 4 sykepleiere og vil foregå i cirka 30 – 40 minutter. Det er frivillig å delta og informantene vil anonymiseres. Intervjuet vil omhandle erfaringer i sykepleieutøvelsen, og vil ikke være rettet mot sykepleieres privatliv.

Kontaktinformasjon

Ta gjerne kontakt med oss om du har spørsmål eller ønsker mer informasjon om prosjektet

Sykepleierstudent

Sykepleierstudent

Prosjektveileder

Med vennlig hilsen

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring



Samtykkeerklæring

Ved å samtykke på dette informasjonsskrivet, samtykker du til følgende:

- Jeg har mottatt og er kjent med at formålet med studiet er å undersøke problematikk og kartlegge de erfaringene og tiltak som fremmer vellykket ernæringsveiledning.
- Jeg er kjent med at informasjonen fra intervjuene skal analyseres og brukes i en bacheloroppgave i sykepleie ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU og eventuelt publiseres
- Jeg er informert om at intervjuobjektene vil være anonymisert
- Jeg er kjent med at deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra deltakelse inntil bacheloroppgaven er levert.

.....
(Navn prosjektdeltaker, dato)

